

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1936

THÈSE **432** N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Henri BAUDET

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris
Né à Limoges (Haute-Vienne), le 10 Mars 1907

**EXTENSION ACTUELLE DE LA SYPHILIS
DANS LES PAYS
DE NOUVELLE CIVILISATION**

Président : M. GOUGEROT, Professeur

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR
93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1936

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1936

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Henri BAUDET

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris
Né à Limoges (Haute-Vienne), le 10 Mars 1907

EXTENSION ACTUELLE DE LA SYPHILIS
DANS LES PAYS
DE NOUVELLE CIVILISATION

Président : M. GOUGEROT, Professeur

PARIS
AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR
93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1936

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	Robert DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie médicale et générale	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale.....	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie.....	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée.....	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance.....	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale .	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CUNÉO.
Clinique chirurgicale.....	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
	BRINDEAU.
Clinique d'accouchements.....	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la Tuberculose	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

BÉNARD (Henri) . Pathologie médicale.
 BERNARD Étienne. Pathologie médicale.
 BESANÇON (J.).. Hydrologie.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BULLIARD..... Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHEVALLIER Pathologie médicale.
 DOGNON..... Physique.
 FEY Urologie.
 GALLIARD..... Parasitologie.
 GASTINEL..... Bactériologie.
 DE GAUDART D'ALLAINES. Pathologie
 chirurgicale.
 GAYET Physiologie.
 GIROUD..... Histologie.
 HAGUENAU Pathologie médicale.
 HALPHEN..... Oto-rhino-laryngologie.
 HAZARD Pharmacologie.
 HUGUENIN Anatomie pathologique.
 JOANNON Hygiène.
 LABBÉ (Henri) ... Chimie biologique.

MM.

LACOMME Obstétrique.
 LANTUÉJOUL ... Obstétrique.
 LAROCHE (Guy) . Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 M^{lle} J. LÉVY.... Pharmacologie.
 LÉVY-VALENSI .. Neurologie et Psychiatrie.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET ... Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 OBERLING..... Anatomie pathologique.
 PETIT-DUTAILLIS Pathologie chirurgicale.
 PIÉDELIÈVRE... Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RICHET Physiologie.
 SANNIÉ..... Chimie biologique.
 SÉNÈQUE..... Pathologie chirurgicale.
 TROISIER Pathologie expérimental
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT. Physiologie.

MM.

LEROUX..... Anatomie pathologique.
 NEVEU-LEMAIRE Parasitologie.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent.

MM.

ABRAMI	}	Clinique médicale.
ALAJOUANINE ..		
AUBERTIN		
BRULÉ		
CHABROL		
CHIRAY		
DONZELOT		
DUVOIR.....		
LIAN		
PASTEUR - VALLERY - RADOT		
SÉZARY		

MM.

BASSET	}	Clinique chirurgicale.
BROCQ.....		
CADENAT.....		
GATELLIER		
HEITZ-BOYER ..		
MOURE		
QUENU		
SCHWARTZ.....		
VELTER		

MM.

ECALLE	}	Clinique obstétricale.
GUÉNIOT		
LE LORIER.....		
LÉVY-SOLAL ...		
METZGER		

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.
RUPPE.....	Stomatologie.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA FEMME

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MON FRÈRE ET A MES SŒURS

MEIS ET AMICIS

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR GOUGEROT

Professeur de Clinique des maladies cutanées et syphilitiques

Médecin de l'Hôpital Saint-Louis

Officier de la Légion d'Honneur

*Qui nous a fait le grand
honneur de présider cette
thèse.*

A NOTRE MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR ALBERT TOURAINE

Médecin de l'Hôpital Saint-Louis
Chevalier de la Légion d'Honneur

*Qui depuis 1928 n'a
cessé de nous prodiguer
de précieux encourage-
ments et qui nous a guidé
dans la préparation de
cette thèse.*

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

Stages

MONSIEUR LE PROFESSEUR GILBERT (*In memoriam*)

MONSIEUR LE PROFESSEUR GOSSET

MONSIEUR LE DOCTEUR BENSAUDE

MONSIEUR LE DOCTEUR DUJARIER (*In memoriam*)

Externat

MONSIEUR LE PROFESSEUR GRÉGOIRE

MONSIEUR LE DOCTEUR LARDENNOIS

MONSIEUR LE DOCTEUR CHARLES RICHET fils

MONSIEUR LE DOCTEUR MILHIT

MONSIEUR LE DOCTEUR GUILLEMOT

MONSIEUR LE DOCTEUR TOURAINÉ

MONSIEUR LE DOCTEUR G. LABEY

AU DOCTEUR ROBERT SOUPAULT

Chirurgien des Hôpitaux de Paris

AU DOCTEUR ROGER PETIT

Assistant à la Consultation de Chirurgie de l'Hôpital Boucicaut

PREMIÈRE PARTIE

GÉNÉRALITÉS

CHAPITRE PREMIER

IMPORTANCE DU FLÉAU EN GÉNÉRAL

En entreprenant de faire sommairement le bilan de l'extension de la syphilis dans un certain nombre de pays de nouvelle civilisation, nous ne voulons pas faire œuvre de statisticien, mais plutôt essayer de montrer quelle était l'importance de cette maladie avant et après l'exploration, puis l'exploitation de ces pays par les grandes nations colonisatrices.

Dans ces grands pays de civilisation ancienne la syphilis, depuis des siècles, est fortement implantée, et ses ravages sont tels que dans tous ces pays la lutte entreprise contre elle a dépassé le cadre de la médecine, et les gouvernements ont dû intervenir pour essayer d'enrayer la progression du mal.

En effet, les conséquences de ce fléau ne sont pas seulement fâcheuses pour l'individu, mais aussi pour la race et l'avenir de la Nation.

Nous n'insisterons pas sur les conséquences de la maladie sur l'individu non traité ou mal traité. Les nombreuses localisations viscérales, cardio-vasculaires, nerveuses, etc... assombrissent sérieusement son avenir et dans combien d'affections ne retrouve-t-on pas la griffe de la syphilis qui risque de faire de l'individu un infirme, un dément, voire un criminel. Autant de créatures qui ne peuvent plus participer que médiocrement à la vie d'un peuple et qui constituent une charge pour les autres.

Mais ces individus continuent néanmoins à procréer et on comprend aisément le danger que constitue la propagation de la syphilis qui fait des enfants tarés, incapables de servir leur patrie, ou qui est malheureusement responsable de nombre d'avortements ou d'enfants morts-nés. Cette question est encore plus angoissante dans des pays où une forte natalité ne vient pas contrebalancer ces déchets.

La lutte, dans ces pays, est rendue extrêmement difficile pour diverses raisons :

Ou bien les foyers sont difficiles à atteindre en raison de l'éloignement, du manque de communications ou de moyens médicaux.

Ou bien on se heurte aux préjugés difficiles à déraciner ou au niveau intellectuel des masses à qui s'adresse la propagande.

Ou bien enfin certains individus veulent méconnaître ou mépriser ce danger et combien voit-on, même dans les dispensaires gratuits, de malades qui vont au bout de leur traitement ?

CHAPITRE II

IMPORTANCE DE NE PAS MÉCONNAÎTRE LE DANGER DANS LES PAYS COLONISÉS

De ce qui précède, il est facile de se rendre compte de l'intérêt qu'il y a à connaître ce fléau et à lutter contre lui dans les pays colonisés et à limiter son extension dans ceux où il n'a pas encore pris définitivement une situation primordiale.

Il existe encore des pays ou des régions peu ou pas touchés, mais leur nombre est restreint et continue à diminuer.

Les peuples de culture primitive, n'ayant pas eu de contact avec l'Islam, ignorent la syphilis. Elle leur est apportée par les explorateurs ou conquérants. Pour reprendre la forte expression de KRAFFT-EBING, « Civilisation égale Syphilisation ». En effet, d'après les chiffres recueillis, on peut constater que les nations colonisatrices, en même temps qu'elles portaient à des peuplades sauvages les bienfaits de la colonisation, leur ont porté malheureusement les tares de cette civilisation, au premier plan desquelles l'alcoolisme et la syphilis.

L'arrivée successive de troupes, de colons et de main-d'œuvre étrangère a contribué à les infecter largement, infection d'autant plus grave que le climat, les mœurs, les conditions de vie, etc... ne pouvaient que faciliter sa diffusion.

La vitesse toujours croissante des moyens de transport, rapprochant les points les plus éloignés de l'univers, et le prélèvement d'hommes de ces pays pour des besoins militaires a favorisé un brassage des races favorable à l'extension sur le globe de maladies qui n'avaient pas encore pénétré partout.

Les rares pays indemnes sont ceux qui se trouvent à l'écart des voies habituelles de navigation ou qui, pour des raisons d'inaccessibilité ou de climat, ne sont pas exploités.

Il apparaît donc important pour les pays qui ont pour mission de mettre en valeur leurs colonies de sauvegarder l'intégrité des races qui, de gré ou de force, leur ont fait confiance et se sont mises sous leur protection ; non seulement au point de vue moral, mais à celui, beaucoup plus égoïste, de leur intérêt propre, car elles n'ont pas le droit de laisser décimer par la syphilis ces magnifiques réservoirs de travailleurs et au besoin de combattants.

Le dernier travail d'ensemble remonte aux publications de JULLIEN en 1904. Nous n'avons pas la prétention de fournir des statistiques rigoureuses et complètes, mais plutôt de montrer par quelques chiffres le degré d'imprégnation ou les progrès de la syphilis dans un certain nombre de colonies.

Pour certains pays, on possède actuellement des statistiques régulièrement établies.

Pour d'autres, les statistiques sont assez souvent discutables parce qu'elles sont difficiles à établir, ne reposant que sur des chiffres d'hospitalisation ou de consultations dans les hôpitaux des grands centres, mais négligeant l'intérieur du pays. Pour beaucoup, on doit se contenter d'impressions ou de communications faites par des médecins exerçant dans le pays.

Nous étudierons les diverses colonies par continent, les groupant soit par nations colonisatrices, soit par affinité géographique. Parfois les chiffres fournis ne seront pas d'une date bien récente, parfois aussi nous nous contenterons de dire que la syphilis est banale dans tel pays ou inconnue dans tel autre, n'ayant pu ou su trouver des documents contenant des chiffres.

Nous terminerons enfin par une esquisse des moyens de défense déjà mis en œuvre dans certaines colonies et des obstacles qui s'opposent à l'efficacité de ceux-ci.

CHAPITRE III

EXEMPLES DE PAYS CONTAMINÉS PAR DES ÉTRANGERS

Nous croyons, auparavant, intéressant de rapporter l'histoire de la syphilis dans trois pays où l'arrivée d'éléments étrangers a fait naître et disséminer la syphilis, alors que la population paraissait indemne.

Le premier exemple sera celui de l'ISLANDE. La syphilis y a fait des apparitions successives. GRÖN y signale de véritables épidémies au début du xvi^e siècle, puis de 1756 à 1774, en 1824.

En 1859 ZEUTLEN, en 1861 JACOLOT signalent les cas de quelques familles infectées par des pêcheurs français. Les mêmes faits se reproduisent en 1867 et en 1875.

En 1891, à la suite d'une enquête menée par un inspecteur d'hygiène nommé SCHIERBECK, on ne trouve que 5 à 6 cas de syphilis, tous d'importation étrangère.

Parmi cet élément flottant, étranger, on trouve, de

1896 à 1900, une moyenne annuelle de 4 syphilis récente.

Depuis, malheureusement, la syphilis a pris pied dans la population autochtone et HAUSTEIN en signale une moyenne annuelle de 15 à 20 cas récents de 1906 à 1925 : la dissémination pourtant ne donne pas l'impression de se faire rapidement. L'infection est surtout importante à Reykjavik, la capitale.

Aux ILES FEROE, la syphilis, d'après MANICUS, y fut florissante et grave vers 1820.

En 1840, elle avait presque complètement disparu et en tout cas était considérée par PANUNA comme rare et bénigne.

Elle fit sa réapparition vers 1844 et depuis y est considérée comme endémique.

Mais beaucoup plus caractéristique est l'exemple du GROENLAND. Cet immense pays renferme une population de 15.000 âmes environ dont 250 étrangers. Les Esquimaux y vivent en petits clans assez espacés. Les plus importants groupements se tiennent sur la côte sud-ouest ; l'état sanitaire est rigoureusement contrôlé par le Danemark, aussi possède-t-on des renseignements assez précis.

L'histoire de la syphilis est due à GRÖN : elle fut longtemps inconnue au Groenland : LANGE, en 1864, n'y avait pas observé un seul cas.

L'invasion se fit par des ouvriers mineurs venus de l'étranger et la syphilis s'étendit à leur suite par vétriabiles épidémies. En 1872, O. HELMS note son apparition à Ivigtut sur la côte sud-ouest ; en 1874,

c'est à Arsuk, à une quinzaine de kilomètres, toujours dans la population ouvrière des mines de fer et d'aluminium : il y eut rapidement une cinquantaine d'Esquimaux contaminés. Puis la maladie s'étend, comme à regret, sur la côte à Frederikshaab et Godthaab sans jamais atteindre les populations de l'intérieur.

Puis les cas s'espacent et, en 1880, on n'en comptait plus que quelques rares cas isolés.

HELMS, en 1890, ne retrouve plus un seul cas de syphilis récente.

Les conditions de vie, l'éloignement des divers centres avait provoqué l'arrêt de l'extension et même la disparition de la maladie.

Dans l'étude que nous allons faire nous reverrons l'importance de ces 3 éléments :

Arrivée de travailleurs ou soldats étrangers,
Moyens de communication,

Condensation de la population, pour favoriser la diffusion de la syphilis.

DEUXIÈME PARTIE

REVUE DES RÉGIONS DE NOUVELLE CIVILISATION

CHAPITRE PREMIER

L'AFRIQUE

L'Afrique, explorée depuis longtemps, permet d'étudier deux cas assez distincts : en effet, les côtes et certains territoires ont été explorés depuis des siècles et la syphilis est née et s'est propagée à la suite des colons, mais il restait d'autre part des régions inexplorées dont la mise en valeur est plus récente et où la syphilis n'est apparue que depuis quelques lustres.

L'Afrique a été contaminée par un double courant : les Européens et l'Islam.

Les Européens, Français, Anglais, Portugais ont abordé depuis fort longtemps et se sont répandus petit à petit dans l'intérieur du continent. A eux se sont joints plus récemment les Italiens et les

Allemands : ces explorations représentent le premier courant s'insinuant par les voies de communications, fleuves et depuis moins longtemps, chemins de fer.

L'Islam a pénétré encore plus tôt, dès le ^{vii}^e siècle par l'isthme de Suez, puis s'est propagé le long des côtes nord, a envahi toutes les peuplades du nord jusqu'au Soudan.

Sous cette double influence, la syphilis s'est enracinée dans toutes les couches de la Tunisie, Algérie, Maroc, Sénégal, Bénin, Nubie, Côte de Zanzibar, etc...

Dans ces régions, on doit se borner aux mêmes moyens de défense qu'en Europe : il est trop tard pour limiter les dégâts.

Dans d'autres régions d'Afrique équatoriale ou centrale il faut non seulement soigner, mais aussi limiter les ravages et enrayer la progression ; la mise en valeur récente de ces pays a évidemment provoqué l'apparition de la syphilis, mais on doit essayer de localiser l'affection sinon la faire disparaître comme au Groenland.

I. — POSSESSIONS FRANÇAISES

Nous allons d'abord étudier les possessions françaises ou Protectorats en suivant autant que possible les côtes du nord au sud en gardant cependant pour la fin trois pays, Maroc, Algérie, Tunisie, que l'on peut considérer comme un prolongement de la métropole.

Mauritanie.

Pays situé au nord du Sénégal, peuplé de Maures ; l'activité économique est à peu près localisée sur les côtes.

Fut occupée par les Portugais en 1543, puis par les Français en 1847. La conquête se fit entre 1908 et 1912 pour se poursuivre assez longtemps vers l'intérieur.

La syphilis est extrêmement répandue et ancienne. La lutte est très difficile car, comme partout en Afrique occidentale française, on se heurte à une insouciance générale et le relâchement des mœurs favorise au maximum la dispersion de la maladie.

En 1929, ROUSSEAU, dans un rapport sur les maladies transmissibles dans les colonies françaises et territoires sous mandat, constate que pour l'année 1927 la syphilis fournit 40 % des consultations : on y voit très peu de chancres ; ce sont les manifestations tertiaires, cutanées en particulier, qui décident les indigènes à venir consulter.

En 1931, LE DENTU constate qu'il n'y a aucune amélioration. En 1929, pour l'ensemble du pays 5.092 consultants syphilitiques se sont présentés et il estime que 17 % des habitants doivent être atteints. Mais, dans l'ensemble, il y a très peu de propagation vers l'intérieur ; le maximum se voit sur les côtes et en particulier à Saint-Louis et les environs.

Sénégal.

Cette grande colonie fut connue dès le ^{xiv}^e siècle par les navigateurs dieppois qui y fondèrent des colonies, mais ce n'est que grâce à Richelieu que le pays fut exploité par des Compagnies, en particulier de 1697 à 1723. Les Anglais s'en emparèrent à deux reprises et elle ne devint définitivement française qu'en 1815. Ce fut Faidherbe qui, à partir de 1854, fit prospérer le pays qui ne comptait jusque-là que des comptoirs sur la côte et, depuis la soumission de peuplades récalcitrantes, la construction de routes, de chemins de fer a permis l'extension de l'exploitation vers l'est.

La côte est syphilisée depuis longtemps et les premiers rapports dus à REY (1880) signalent 269 cas de syphilis sur 1.000 tirailleurs hospitalisés. Les tirailleurs, d'ailleurs, constituent dans nombre de colonies semblables un dangereux facteur de diffusion de la maladie.

Celle-ci remonte le long des voies de communication et JULLIEN, en 1904, la trouve très fréquente dans les grands centres de la côte et du Bas-Sénégal : Dakar, Kaolakh, Podor — très peu dans le Haut-Sénégal.

HERMANT, en 1928, constate lui aussi l'insouciance des indigènes et, pour lui, la syphilis « semble s'accroître en raison directe de l'extension des grands travaux et des facilités des communications ».

Il est certain que des mesures préventives éner-

giques prises au début des travaux auraient dans une certaine mesure limité les dégâts.

Haute-Volta.

L'ancienne région Haut-Sénégal Niger est devenue, en 1920, la Haute-Volta. C'est un pays de récente colonisation en pleine extension.

LE DENTU constate qu'en 1923 les maladies vénériennes y sont particulièrement fréquentes dans les centres où résident des détachements de tirailleurs, mais qu'elles commencent à se répandre dans tous les villages et même des régions où elles étaient précédemment inconnues.

Guinée.

Ce pays qui s'étend de la Sénégalie au Congo et que baigne le golfe de Guinée, est constitué par une côte assez inhospitalière. L'intérieur du pays s'élève par gradins jusqu'au massif du Fouta Djallon. Devenue colonie française depuis 1889, les premiers postes furent donc établis sur la côte et la prise de possession s'est terminée, en 1896, par la conquête du Fouta Djallon.

Bien entendu, c'est sur la côte qu'on trouve la plus forte proportion de syphilitiques.

ROUSSEAU, en 1927, constate qu'à l'intérieur elle est peu répandue, en particulier à Kissi et dans les territoires militaires de Macenta et N'Zérékoré.

LE DENTU en 1929 démontre pour l'ensemble du pays 11.697 consultations pour syphilis.

Là encore, la maladie est venue de la côte et tend à gagner l'intérieur trouvant dans les mœurs des indigènes un précieux adjuvant à sa dissémination.

Côte d'Ivoire.

Pays possédant d'immenses richesses (acajou, huile, caoutchouc et, dans l'arrière-pays, de l'or) ; sa pénétration est facilitée par des fleuves nombreux navigables jusqu'à 50 et même 100 kilomètres de la côte avec un système de lagunes réunissant les fleuves

Les missionnaires et les commerçants commencèrent à s'établir en quelques points des côtes en 1842. Mais la pacification n'a été obtenue qu'en 1913. Entre temps et surtout depuis 1889-92, conquête pacifique, missions de pénétration et expéditions. Depuis cette colonie est devenue prospère, possédant plus de 6.000 kilomètres de routes utilisables pour les autos et 500 kilomètres de chemin de fer. LE DENTU, en 1929, a constaté 6.259 consultations pour syphilis.

BOUFFARD qui a bien étudié la syphilis dans cette colonie dit qu'elle est très commune dans les centres. « L'Européen qui confie à son boy ou à son cuisinier le soin de lui procurer une femme a de grandes chances (9 sur 10) de contracter la vérole... Solide-ment implantée dans les villes et les agglomérations le long des voies les plus fréquentées, elle est prête à en sortir dès que les conditions propices se trouvent réalisées. L'indigène sédentaire, loin des grands che-

mins de communication, est probablement encore indemne. »

On ne peut fonder beaucoup d'espoir dans les dispensaires chez des populations qui attachent peu d'importance à cette maladie, lorsque ses manifestations ne sont pas douloureuses.

Au point de vue lutte dans les centres, l'expérience de GRAND-BASSAM est assez révélatrice : une visite hebdomadaire des prostituées a fait tomber le pourcentage des infections de 25 % à quelques dixièmes.

Togo.

Ce pays de 190.000 habitants, situé entre la Côte d'Or et le Dahomey, est une ancienne possession allemande mise sous mandat français en 1919.

En 1910, MENSE avait constaté une infection s'étendant à 20 ou 25 % de la population côtière.

ROUSSEAU, pour 1927, ne trouve aucune amélioration à cette situation, et estime que toute l'éducation prophylactique reste à faire.

LE DENTU, pour 1929, a compté 29.568 consultations pour syphilis.

Dahomey.

Pays de près d'un million d'habitants. Sous protectorat français de 1841 à 78 ; fut conquis à la suite des Expéditions de 1890-92-94, est devenue colonie depuis 1895.

Les principales villes sont Abomey, Kotonou,

Porto-Novo. La côte est rectiligne avec un système de lagunes favorisant les communications et l'intérieur du pays s'élève par degrés.

En 1921, GAUTIER disait que la syphilisation était récente, encore en cours dans l'intérieur. Les Européens contaminés avaient été atteints ailleurs. Il ajoute « la syphilis constituait jusqu'à ces derniers temps une véritable rareté ; il n'en est plus de même maintenant, surtout après le retour des tirailleurs ayant servi en France ». La proportion a d'ailleurs rapidement augmenté puisque ROUSSEAU, en 1927, considère la syphilis comme de pathologie courante.

Soudan Français.

C'est un immense territoire, situé dans la partie centrale de l'Afrique, au Sud du Sahara. La partie réservée à la France est située à l'ouest du lac Tchad. L'occupation s'en est effectuée de 1854 à 1895. La syphilis y a fait son apparition vers 1850, d'après QUINTIN, à la suite des premiers explorateurs. Elle commence à fleurir à l'intérieur vers 1880 avec l'arrivée des troupes d'occupation.

ROUSSEAU, en 1927, la trouve aussi importante que dans la Côte d'Ivoire et en 1929 les chiffres de consultations pour syphilis se montent à 13.976 pour LE DENTU.

Cameroun.

Vaste plateau montagneux de la Guinée (4.000 m.)

coupé par les cours du BENOUÉ et du KEBBI s'étend jusqu'à la côte.

Exploré par le Portugal à la fin du x^ve siècle, puis par les Anglais en 1837, est devenu colonie allemande en 1884 et organisé définitivement par ce pays en 1911. Le Cameroun fut placé sous Mandat français en 1919. 2.770.000 habitants.

D'après PLEHN, la syphilis a pénétré en 1886 par la côte. A l'intérieur elle a suivi l'arrivée des étrangers. Pour MENSE, en 1900, elle est encore assez peu répandue, surtout dans les tribus de l'intérieur.

ROUSSEAU, pour 1927, constate qu'elle représente 16,1 % des consultations contre 13,6 en 1926. Cette augmentation des consultations ne constitue pas une recrudescence de la maladie, mais correspond à l'effort thérapeutique apprécié des indigènes qui ont pu constater l'heureux effet du traitement. 32.302 consultations.

HERMANT, pour 1928, place la syphilis au premier rang de la pathologie du pays. 42.005 consultations représentant 15 % de l'ensemble de celles-ci.

En 1929, LE DENTU trouve 40.341 consultations chez l'indigène, soit 18,4 % de la morbidité indigène. 14 Européens sont atteints soit, 0,8 %.

La syphilis dont l'importation semble remonter à la deuxième moitié du siècle dernier a donc tout envahi pour occuper le premier rang des maladies.

Gabon.

Colonie française de l'Afrique équatoriale française

sur l'estuaire du Gabon et sur le grand fleuve Ogooué. L'occupation côtière est assez ancienne (1842) et précéda le rattachement au Congo en 1886. L'organisation est en cours depuis 1910.

Bien entendu l'infection côtière est ancienne. Elle est assez discrète à l'intérieur en 1904 d'après JULLIEN, en particulier sur le haut Ogooué.

Mais l'extension se fait rapidement et de manière si importante qu'en 1927 ROUSSEAU chiffre la morbidité de syphilis dans la région de N'DJOLÉ à 50 ‰.

En 1928, HERMANT constate 34.500 consultations vénériennes.

En 1929, LE DENTU prétend que 80 ‰ des indigènes du nord-est sont contaminés et que la maladie est responsable de 16 ‰ des hospitalisations : on trouve surtout des formes avec myalgies, arthralgies, ostéites. Ni tabès ni P. G.

Congo Français et Postes du Tchad.

La partie du Congo qui revient à la France est située entre le fleuve Congo et le Cameroun. L'Oubangui le relie à nos possessions du Tchad.

Son organisation assez récente remonte à 1910. Sa population s'élève à 8 millions d'habitants. En 1929, LE DENTU trouve qu'il y a moins de syphilis qu'au Gabon.

Dans l'Alima et l'Ogôoué la syphilis importée vient de la côte où elle est florissante ; elle diminue à mesure qu'on s'enfonce dans l'intérieur.

Au nord du fleuve, dans le bassin d'Ouelli, HEY-

LEN dit que les syphilitiques sont assez nombreux parmi les soldats venus du Soudan et de la côte.

HERMANT, en 1931, examinant les enquêtes faites pour 1928 dit qu'il y a plus de syphilitiques parmi les commerçants et les travailleurs recrutés que dans les populations fétichistes sédentaires des montagnes qui sont indemnes. Au Tchad c'est cette maladie qui provoque le plus de consultations parmi les indigènes qui viennent volontiers se prêter aux examens et au traitement. La syphilis provoque environ le 1/4 des consultations.

Oubangui-Chari.

Territoire qui sert de frontière entre le Congo français et le Congo Belge, limité par les fleuves Oubangui et Chari. L'occupation se fit en 1908-12 et la mise en valeur se poursuit actuellement.

Dans la brousse la syphilis n'a pas pénétré, mais dans la capitale Bangui, seul lieu de résidence habituel des colons, elle est bien implantée.

LE DENTU, en 1929, dit qu'elle a provoqué 1.657 consultations : il invoque la responsabilité du mélange des races, du grand nombre des passagers et le manque de surveillance de la prostitution.

Magadascar.

L'île de Madagascar fut dès le ^{xvii}e siècle le siège de comptoirs français ; mais elle était gouvernée par l'Empire Hova et ce n'est qu'en 1885 qu'un traité

intervint la mettant sous la dépendance de la France, et il fallut une campagne en 1895 pour imposer la domination française.

Cette possession, plus grande que la France, n'a cessé de prospérer depuis.

Ses habitants, au nombre de 3.600.000 ont essentiellement comme origine les Hovas et les Sakalaves localisés à la côte occidentale de l'île.

L'étude de la syphilis avait retenu depuis longtemps l'attention des médecins et son histoire est assez intéressante à étudier.

ALLAIN et AUGAGNEUR en 1921 dans un rapport sur l'organisation de la lutte antivénérienne à Madagascar nous montrent que les maladies vénériennes donnaient du souci aux administrateurs depuis fort longtemps. En 1664, la Compagnie des Indes dans des instructions données au personnel de la Compagnie appelé à servir à Madagascar prescrit de ne pas se débaucher avec les femmes de l'île. On peut voir dans ces recommandations la première des mesures administratives de prophylaxie antivénérienne.

Ces deux auteurs voient deux causes à la diffusion de la syphilis, causes qui d'ailleurs sont valables pour de nombreuses peuplades africaines.

1^o Extrême facilité des mœurs.

Dans ses Mémoires, le Chevalier de FLACOURT en parle en ces termes : « C'est la coutume de ce pays que la simple fornication entre ceux qui ne sont point mariés n'est point péché envers Dieu, ni envers les hommes... Si les hommes sont sensuels, les femmes

ne le sont pas moins et ne laissent passer aucune occasion de bien passer leur temps. »

2^o Indifférence vis-à-vis de la maladie vénérienne.

Il n'y a pas de maladie secrète. Des familles vont en entier sous la direction du chef se faire soigner à la consultation.

Un indigène présentant un accident en évolution se mariera et il ne lui sera fait aucun grief d'avoir communiqué à son épouse l'affection dont il est atteint.

BORIUS en 1870, DAUVIN en 1873, notaient que cette affection était fréquente chez les Hovas d'origine malaise (donc vieille syphilisation) et qui vivent dans l'Imerina autour de Tananarive, mais qu'elle paraissait rare chez les Malgaches et les Nègres habitant le reste de l'île.

REY, en 1880, est du même avis et estime que ces dernières races sont réfractaires et comme immunisées contre la syphilis.

Il n'en était rien, car nous allons voir la contamination se faire après la conquête : les Hovas, d'origine malaise, étaient contaminés par l'Islam. Aussi rapidement atteint-on des chiffres considérables : O'THESEN classe 80 % de ses malades comme syphilitiques.

En 1900, FAYOL traduisant l'opinion de tous ses confrères déclare que la maladie est encore relativement rare et ne se rencontre presque que chez les militaires.

JULLIEN, dans son étude générale de 1904, la con-

sidère comme très répandue chez les Hovas et chez les indigènes d'origine arabe ou hindoue, peu fréquente chez les indigènes nègres résidant sur la côte ouest et dans les îles Comores et Nossi-Bé.

Pour DUVAL, la moitié des soldats qui ont séjourné deux ou trois ans en EMYRNE ont contracté la maladie.

ORTHOLAN, en 1903-06, prétend que la syphilis est responsable de 0,67 % des décès. ROUSSEAU en 1927 dit qu'il est difficile d'être fixé. Sur 215.950 vénériens vus dans les 165 dispensaires il y a 1.288 chancres.

Même son de cloche de la part d'HERMANT en 1928. On commence à réagir contre la facilité avec laquelle on rend la syphilis responsable de lésions qui ont d'autres origines (pian par exemple), il a vu pendant cette année 3.768 cas de syphilis.

LE DENTU, en 1929, compte 147.142 malades vénériens pour la plupart syphilitiques.

Tous ces derniers chiffres ont une assez grosse valeur car la lutte s'est intensifiée parallèlement à celle menée contre les autres endémies et épidémies sévissant chez les Malgaches.

Les premiers dispensaires ont été organisés à Tananarive, Majunga, Diégo-Suarez et Tamatave en 1921.

En 1922 on en prévoyait 20 autres.

L'Institut prophylactique avait confié au Dr TRAUTMANN la mission d'établir le pourcentage réel de syphilitiques (divers instituts prophylactiques ont été créés à cet effet) et grâce à un dépistage scientifique l'auteur ramène la proportion

d'infectés à 46 % au lieu de 80 % comme on le croyait.

Le rapport fourni par BARBIER, en 1933, pour le même Institut prophylactique porte sur 38 dispensaires, ce qui montre l'intensité de la lutte entreprise de tous les côtés. Ces dispensaires ont donné 799.034 consultations réparties sur 211.948 malades. Sur ce nombre il y a 131.368 syphilitiques, soit plus de 60 % des vénériens.

Comores et Nossibé.

Ce groupe d'îles au nord et nord-est de Madagascar est éloigné des voies habituelles de navigation. Là, comme à Madagascar avant l'occupation, la syphilis se voit surtout chez les Arabes et les Hindous.

Les Nègres ne l'ont pas et les rares cas signalés sont bénins.

Ces renseignements sont fournis par JULLIEN.

Ile de la Réunion.

Ancienne île Bourbon, appartient à la France depuis 1665.

JULLIEN y considère la syphilis comme banale : elle provoque le quart des hospitalisations.

Nous allons étudier rapidement et sans insister longuement 3 pays : Maroc, Algérie et Tunisie.

Ces trois régions syphilitisées depuis longtemps par le double courant islamique et européen sont fortement atteintes et leur civilisation ancienne, leurs contacts fréquents avec l'Europe nous permettent de

ne pas trop insister sur elles dans cette étude sur les pays de récente civilisation.

Algérie et Tunisie.

L'Algérie et la Tunisie peuvent être étudiées ensemble. On conçoit que dans ces pays où existent encore peu de contrôles civils, où l'état-civil lui-même est assez infidèle, on ne puisse établir des statistiques précises, mais cependant tous les auteurs du siècle dernier sont d'accord sur la très grande fréquence de la syphilis (LAVERAN, DAVASSE, REY, ARNOULD, etc...). Pour REY, GÉMY, BRAULT, RAYNAUD, REBATEL et TIRAN elle frapperait 90 % de la population, 80 pour AUCAIGNE, 75 pour GILLOT de Montpellier et BARICAUD.

On voit que la colonisation n'a pu avoir que peu l'influence sur ce pourcentage. Néanmoins la syphilis indigène à manifestations dermatropes, tout en restant moins grave que la syphilis européenne, s'est modifiée et aux manifestations cutanées se sont ajoutées ces dernières années la P. G. (POROT et SENGÈS), le tabès (SEZARY, MILIAN, LÉRI, etc...) ; évidemment ces manifestations ne sont pas extrêmement fréquentes mais, auparavant elles ne constituaient que des raretés.

Plus précises sont les statistiques de l'armée, étant donné le contrôle en principe rigoureux qui peut s'y exercer :

De 1920 à 1930 on trouve des chiffres annuels allant

de 4,55 à 8,01 chancres pour 1.000 hommes de troupe et de 15,08 à 12,72 pour 1000 de syphilis totale.

Alors que pour l'armée résidant dans les garnisons de la métropole les chiffres extrêmes dans le même laps de temps sont :

pour les chancres 1,29 et 5,23 pour 1000,

pour la syphilis totale 2,91 et 8,37 pour 1000.

De tels chiffres montrent par leur opposition combien les chances de contaminations sont grandes en Afrique du Nord.

Maroc.

Au Maroc, dont le début de l'occupation et de la conquête remonte à 1904, on ne peut dire non plus que la colonisation et la multiplication des moyens de communications aient changé la proportion de syphilitiques. Tout au plus a-t-on pu noter des modifications légères dans l'évolution de la maladie chez les indigènes et la fréquence avec laquelle les colons la contractent montre son enracinement dans toutes les classes de la population.

D'après MONTPELLIER, BLANC, DE CAMPREDON, LACAPÈRE la syphilis atteint 70 à 75 % de la population. A Tanger, en 1924, 20 % des consultants de DECROP sont syphilitiques.

La lutte sérieuse entreprise et sur laquelle nous insisterons dans la dernière partie de notre étude, la multiplication des dispensaires antivénériens ont permis d'avoir des chiffres plus précis que pour les pays étudiés jusque-là.

On voit en particulier que les plus atteints sont les Musulmans alors que les Israélites, sans doute pour des raisons ethniques qui empêchent le contact avec les autres races, paraissent relativement épargnés.

Dans la clientèle de DECROP à Tanger, en 1924, 90 % des syphilitiques sont Musulmans, malgré le grand nombre d'Européens et d'Israélites résidant dans cette ville.

A Casablanca, au dispensaire dirigé par LÉPINAY et COLOMBANI pour les années 1931-32-33 la moyenne des syphilitiques est approximativement répartie ainsi :

90 % des Musulmans,
4 % d'Israélites,
6 % d'Européens.

Dans une clientèle privée, en l'espace de 12 ans, un médecin a vu sur 4.200 Européens examinés, 883 syphilitiques. Sur 6.800 indigènes, 59 juifs seulement. Il faut d'ailleurs convenir avec SALLE, de Fez, que les Israélites le soignent beaucoup mieux que les Musulmans, la plupart poursuivent leur traitement au moins jusqu'à la négativation sérologique, alors que sur 19.000 Musulmans vus de 1916 à 1927,5 % à peine sont assidus, tous les autres attendant à peine d'être blanchis pour cesser leur traitement.

Dans l'armée, de 1920 à 1930, les chiffres de chancres constatés chez 1.000 hommes de troupe vont de 7,34 à 11,50 pour la syphilis totale de 24,31 à

35,35, cinq fois les chiffres correspondants de l'armée métropolitaine.

COLOMBANI et LÉPINAY (enquête du *Maroc médical*) donnent comme pourcentage de consultants vénériens 76 à 83 %, dont 81 Musulmans, 10 Israélites, 9 Européens.

II. — POSSESSIONS ÉTRANGÈRES.

Nous allons étudier maintenant les possessions étrangères en Afrique : elles offrent moins d'intérêt pour nous Français. Mais on peut se rendre compte que la syphilis ne les a pas épargnées non plus. Deux régions ont été particulièrement bien étudiées, le Congo Belge et les peuplades des Bassoutos dans l'Union Sud-Africaine. Et notamment l'histoire de la syphilis chez ces dernières peuplades est assez caractéristique ; nous y insisterons plus longuement.

Bénin.

Pays situé près de l'embouchure du Niger, sur la côte de la Nigéria au nord de la Guinée Britannique. Appartient aux Anglais ; ce pays constituait au ^{xvii}^e siècle une colonie portugaise fort importante, aussi avec ceux-ci la syphilis fit-elle son apparition assez précoce et REX, en 1880, la considère comme très répandue.

Côte de l'Or.

Territoire de la Guinée septentrionale entre la

Côte d'Ivoire et le Togo, se compose d'une côte plate sablonneuse au climat malsain et dont l'intérieur s'élève progressivement vers les plateaux. Au sud la forêt guinéenne avec ses ressources au premier plan desquelles le caoutchouc a provoqué la mise en valeur de ce pays. Les Français ont fait les premiers essais de colonisation en 1365, puis les Portugais s'en emparèrent en 1474. Depuis 1871 ce sont les Anglais qui l'exploitent.

Comme tous les pays de colonisation ancienne, la syphilis a une vieille origine. REY, en 1880, la trouve très commune. En 1900, 20 à 35 % de la population est atteinte et dans la capitale Akkra la proportion, d'après REY, s'élève à 40,54 %.

Congo Belge.

Pays immense de plus de deux millions de kilomètres carrés et de vingt millions d'habitants, possédant d'immenses ressources.

Ce pays fournit des renseignements fort importants quant à l'influence de la colonisation sur la transmission de la syphilis.

MENSE qui y a vécu de 1885 à 1887 et qui y a procédé à une enquête en 1900 décrit fort bien la diffusion de l'affection.

L'occupation côtière commença en 1884 et le début de la pénétration se fit en 1885, date de la fondation de l'État du Congo. Elle se poursuivit activement par la construction d'un chemin de fer de 1890 à 1898. Dès 1885, la syphilis existe sur la côte

à Vivi et à Boma, depuis longtemps colonisées, et à Léopoldville de fondation pourtant très récente.

Elle suit pas à pas l'occupation belge et se transmet par les soldats venus de la côte, par les ouvriers employés à la construction du chemin de fer, par les travailleurs et les colons.

En effet, de nombreux rapports signalent de 1893 à 1898 que la syphilis ne s'observe que dans les régions où les centres où vivent des gens venus de la côte. Elle touche peu les indigènes sauf ceux qui vivent en rapport avec les Européens ou les Arabes qui les aident aux travaux. Les peuplades que la pénétration n'a pas atteintes ou qui s'isolent restent indemnes.

K. DITNICH a étudié la syphilis dans le sud du Congo belge. Il ne trouve pas de malades chez les indigènes, mais beaucoup, au contraire, chez les travailleurs de l'État et les soldats venus de Zanzibar, Sierra Leone, Bas-Congo, etc... Les cas retrouvés chez les indigènes, extrêmement rares d'ailleurs, se localisent aux groupements en contact avec des Européens syphilitiques.

HEYLEN l'étudiant dans la région située au nord du fleuve Congo, dans le bassin de l'Ouellé, région de Djabbir, la trouve assez souvent chez les soldats, venus de la côte ou du Soudan, chez les travailleurs européens, mais pas chez les peuplades primitives du sol.

CARAVEZZI, de son côté, la trouve chez quelques soldats, mais aucun exemple chez l'indigène.

A NYANGOUÉ sur le LOUALABA, PARAVICINI dit : la syphilis a été apportée par les Arabes et a pris une grande extension dans les stations de MA NYEMA.

A BASAKO sur le LOMANI, GRENY trouve la syphilis moins fréquente dans le district d'AROUHOUMI que dans le pays des Benguellas, car il y a moins de trafic et moins d'étrangers.

Dans le Bas-Congo CARRÉ n'a pas trouvé en 1891 de syphilis chez les Blancs.

Les premiers cas furent vus en 1892 à la suite de l'arrivée de gros contingents arrivés de Sierra-Leone.

Chez les Nègres, la syphilis est fréquente et depuis fort longtemps.

A Léopoldville, de 1894 à 1897, de nombreux cas sont constatés surtout dans la population en contact avec les Arabes ; les indigènes des environs sont indemnes.

En 1898-99, à Boma et Banana la syphilis est très répandue.

En 1898, le rapport de BOURGUIGNON et ses collaborateurs conclue : la syphilis reste inconnue des races qui ne sont pas en rapport avec les Européens ou Arabes du MA NYEMA.

On voit donc par ces exemples de contamination ou au contraire d'intégrité quel rôle a pu jouer dans cette colonie et dans beaucoup d'autres l'arrivée d'étrangers porteurs de tréponèmes. Il est certain que la colonisation ne cessant de faire pénétrer dans les coins les plus reculés la civilisation va faire dispa-

raître les îlots encore indemnes, de moins en moins nombreux.

Ancien Sud-Ouest Allemand.

Territoire colonisé par le Portugal vers 1497, a été surtout mis en valeur par les Allemands qui en prirent possession entre 1884 et 1890. Depuis 1919, ces territoires sont passés sous Mandat anglais.

A la fin du siècle dernier la syphilis frappe la moitié des Hottentots de la côte d'après MENSE et GRON.

LUBBERT dit qu'à WINDHOEK, sur le plateau, la moitié de la population est contaminée, mais qu'il y a très peu de malades dans les tribus isolées de la montagne et dans l'intérieur du pays des Herreros.

Possessions Anglaises d'Afrique du Sud.

Nous allons étudier ensemble les différentes possessions britanniques d'Afrique du Sud : Colonie du Cap, Natal, Etat d'Orange, Transvaal, Zambézie.

La colonie du Cap fondée par les Portugais au ^{xv}^e siècle, devient hollandaise au ^{xvii}^e, origine des Boers ; les Anglais s'y installèrent de 1806 à 1853.

REY, en 1880, signale la syphilis comme florissante dans ce pays (114 chancres pour 1.000 hommes de troupe). En 10 ans elle avait augmenté du quart et MENSE l'y considère comme banale et d'après un des CASALIS DE PURY presque tous les Métis et Hottentots sont atteints.

Le Transvaal fondé par les Boers entre 1836 et

1849, a été annexé par l'Angleterre après la guerre meurtrière de 1899-1902.

D'après REY, la syphilis y était d'importation récente en 1880, mais déjà, en 1900, MENSE la trouve très fréquente.

Le Natal était une colonie portugaise datant de 1497, devenue anglaise depuis 1845, contaminée, d'après REY vers 1880, alors qu'auparavant LOMBARD n'en trouvait aucune trace.

Le cas du BASSOUTOLAND très intéressant, a été rapporté fidèlement par les trois CASALIS DE PURY qui s'y succédèrent de 1830 à 1914.

Ce pays, habité par les Bassoutos ou Bakonis, occupe une superficie de 30.000 kilomètres carrés ; il est situé près des sources du Fleuve Orange : sa population est d'environ 500.000 habitants.

Il est demeuré longtemps en dehors de tout courant de civilisation en raison de sa situation géographique, aussi la syphilis y fut-elle longtemps ignorée.

En 1854, les Boers fortement contaminés, fondèrent à leur voisinage l'État d'Orange, mais les Bassoutos, en raison de leur forte armature sociale, de la rigidité de leurs mœurs dans un cadre familial très strict, ne se mêlèrent pas à eux et continuèrent à rester indemnes.

Mais en 1870 on découvrit des mines de diamant à KIMBERLEY et la main-d'œuvre indigène fut indispensable à l'exploitation de ces mines : les Bassoutos sortirent de leur isolement et partirent travailler,

mais ceux qui revinrent rapportèrent, en plus d'une civilisation plus poussée, une maladie contre laquelle jusque-là on avait pu les croire immunisés. Ceux qui étaient restés furent rapidement atteints et la syphilis appelée là-bas macaola devint chose courante. C'est une syphilis très floride riche en plaques muqueuses et gommès précoces ; l'hérédosyphilis y fit rapidement des ravages.

Nous ne croyons pas qu'un exemple plus typique puisse être cité du rôle de la colonisation dans l'apport de cette maladie.

Ancien Sud-Est Allemand.

Colonie allemande créée en 1891, est devenue anglaise en 1919.

La syphilis est antérieure à l'occupation allemande car le pays avait été infecté par l'Islam.

Sur la côte elle était banale, en particulier à Dar-es-Salaam. Mais elle n'avait pas pénétré en 1895 à l'intérieur, notamment à Tanga d'après PLEHN. Elle s'y est étendue depuis le développement de l'exploitation des mines. L'intérieur était autrefois très éloigné des grandes routes de caravanes.

A Zanzibar, possession anglaise qui était incluse dans le sud-est africain allemand, REY avait, en 1880, retrouvé la syphilis chez les 5/6 des indigènes.

Côte Italienne des Somalis.

CORRADO, en 1924, y trouve la maladie très répandue avec de grandes manifestations tertiaires.

Abyssinie.

COMBES et FOURMIS en 1838 la trouvent très fréquente : elle aurait été importée au xve siècle par les Portugais. Elle y est florissante en 1880 (REY) ; SCHEUBE par contre, en 1902, la trouve légère et bénigne.

NAGELSBACH installé pendant 2 ans 1/2 en Abyssinie a vu 40 % de ses consultants venir présentant des lésions syphilitiques, en particulier des syphilis secondaires papuleuses ; l'iridocyclite n'y est pas rare, par contre la syphilis nerveuse y est pour ainsi dire inconnue.

Ile Mauricie.

Vieille colonie française organisée depuis 1712, appartient à l'Angleterre depuis 1810.

REY y a étudié l'histoire de la syphilis qui est, en 1880, très fréquente et floride.

Pour ELYS, elle atteint environ 122 soldats sur 1.000.

Egypte.

L'Égypte, enfin, pays de civilisation très ancienne, d'une grosse activité commerciale, a vu de nombreux passages humains.

La syphilis y est ancienne et très répandue. Elle pénétra, d'après BRINON, en 1792-98 jusqu'au Dar

Four où REY la trouve à l'état endémique en 1880.

POUR HORNE-MANN, en 1803, elle descendait jusqu'à Khartoun et à l'est elle s'étendait jusqu'au désert de Lybie (MURZUK).

CHAPITRE II

L'ASIE ET L'ARCHIPEL ASIATIQUE

Dans ce chapitre, nous ne nous contenterons pas d'étudier les pays ressortissant, de l'autorité européenne, mais nous donnerons un aperçu rapide du degré d'infection des pays indépendants et de civilisation ancienne car ils sont responsables dans une certaine mesure de l'infection des autres.

Sibérie.

REY, en 1880, y considère la syphilis comme banale chez les Kalmouks, peuples bouddhistes de la Mongolie, tributaires, eux aussi, pour le plus grand nombre de la Russie; la maladie d'origine très ancienne est très fréquente.

En Mandchourie, à Vladivostok, REY trouvait que la syphilis d'origine récente était assez rare, alors qu'à PETROPAVLOVSK elle était très répandue.

Colonies Françaises de l'Indochine.

Ces colonies sont formées par la réunion de la Cochinchine annexée en 1862-66, Cambodge protégé

en 1863, Annam et Tonkin où le protectorat établi en 1874 fut ratifié le 25 août 1883. Le Tonkin, l'Annam et la Cochinchine sont identiques au point de vue ethnographique : ce sont des Annamites qui ont eu pour ancêtres les GIAO CHI venus du Tonkin et qui envahirent les trois autres pays qu'ils arrachèrent aux Cambodgiens. Très proches des Chinois, ils ont conservé leurs coutumes, leur religion et leur écriture.

Ces 4 pays représentent plus de 18 millions d'habitants, population très dense dans un pays riche avec de grandes voies de communications surtout par fleuves et rivières.

Bien entendu, la Chine étant un des foyers mondiaux de syphilis, il ne faut pas s'étonner si ces pays lui doivent d'être infectés depuis longtemps.

REY, en 1880, JULLIEN en 1904 la trouvent de façon courante au Tonkin et en Indochine.

En Annam il en va de même.

Dans le Laos, REY et JULLIEN la trouvent banale, mais les auteurs qui l'ont étudiée dans les régions montagneuses, en particulier chez les Moïs, nomades de ces montagnes, la trouvent très rare. MORICE en 1875, comme JEANSELME en 1901, ne l'y ont pas rencontrée.

JEANSELME étudiant « les principaux facteurs de morbidité et de mortalité en Indochine » trouve la vérole fort répandue en Indochine où elle paraît avoir une origine extragénitale « transmission par les bâtonnets qui servent à manger le riz, par la pipe à

eau qui passe de bouche en bouche dans les débits de thé, par les nattes sordides sur lesquelles les indigènes se couchent à demi-nus, etc... » Surtout transmise par les Chinois et par les Siamois, elle se retrouve avec une grande fréquence dans les villages de pêcheurs, dans les garnisons : dans certains villages la moitié de la population est entachée de syphilis. JEANSELME ajoute que dans les montagnes du Laos et de l'Annam elle est rare et même inconnue, car les habitants ne descendent pas dans la plaine. Bien mieux certaines tribus tenues à l'écart et méprisées par les Laotiens sont en général indemnes.

Les caractéristiques de cette syphilis sont la fréquence d'une forme maligne précoce avec coryza et jetage rappelant celui de la morve ; à la période tertiaire il y a une atteinte presque exclusive des téguments externes et de l'appareil locomoteur.

Mais surtout l'hérédo-syphilis y fait des ravages et entraîne une polyléthalité considérable.

Plus près de nous, ROUSSEAU, pour 1927, publie des chiffres officiels de 18.392 consultations pour les indigènes. Ceux-ci sont indifférents au péril, la propagande n'a sur eux aucun effet ; la prostitution clandestine s'exerce sur une grande échelle et si les indigènes se décident à se faire soigner, ils abandonnent beaucoup trop tôt leur traitement.

Un Institut prophylactique à Saïgon donnait pourtant de bons résultats. Un autre était en voie d'achèvement en Annam.

HERMANT, en 1928, la considère comme la maladie

la plus importante après le paludisme en raison du nombre d'hospitalisations qu'elle provoque et de son retentissement sur la natalité. Il la trouve cependant moins fréquente qu'au Maroc. En Cochinchine, le dispensaire a enregistré 15.276 consultations et en Annam il y eut 7.291 hospitalisations de vénériens.

Au Laos, pour HERMANT, elle serait relativement rare, 191 syphilitiques seulement. Faut-il attribuer cela à des mesures énergiques, par exemple réglementation de la prostitution.

LE DENTU continue, en 1929, à lui attribuer le deuxième rang dans la pathologie indochinoise : 10.976 entrées pour cette année.

On voit que le problème est assez angoissant et bien qu'on se soit précupé de la défense depuis assez longtemps il ne semble pas, pour diverses raisons, que les efforts entrepris portent leurs fruits.

Dans les **Comptoirs Français des Indes** colonisés depuis 1719 sont aussi infectés que les Indes Anglaises où REY trouve une proportion de 31,88 soldats infectés sur 1.000 et de 121 chez les Européens.

ROUSSEAU pour nos comptoirs, en 1927, trouve 5.206 consultations contre 2.298 en 1926 : il n'y a aucune surveillance de la prostitution.

HERMANT dit qu'à Pondichéry plus du quart de la population indigène est syphilitique.

Et LE DENTU conclut, en 1931, que le nombre des malades augmente d'année en année.

Pourtant l'exemple de Singapour, port formidable de la pointe de Malacca, devrait faire

réfléchir . REY dit que cette ville fut longtemps un important foyer, mais que depuis 1875 la situation semble s'améliorer à la suite de sévères mesures de prophylaxie et de surveillance prises par l'Angleterre.

La **Perse** est peu touchée d'après REY.

Par contre l'ARABIE, la MÉSOPOTAMIE, l'ARMÉNIE, toute l'ASIE MINEURE, lieu de passage important, sont très durement touchés.

Le **Japon** est touché lui aussi comme les grandes nations européennes.

La **Chine** présente une infection ancienne et fortement enracinée. Le grand foyer est CHANGHAI, en 1870, 62 vénériens sur 324 entrées à l'Hôpital, à Hong Kong 160 sur 1.000.

Elle est même très répandue à l'intérieur par les nomades des steppes.

L'infection de cet immense pays est très redoutable car la densité énorme de sa population a provoqué une émigration considérable et on peut dire que tous les pays de l'Océan Indien ont été contaminés par la main-d'œuvre chinoise.

Indes Néerlandaises.

Ce groupe d'îles mérite une place à part dans notre étude car son influence ethnique se fait sentir jusqu'en Océanie et d'autre part la syphilis y a été bien étudiée.

La question est cependant assez délicate à discuter en raison de la fréquence du pian. La méprise entre les deux affections doit être assez fréquente et nombre

de pianiques ont dû être pris pour des syphilitiques, aussi convient-il de se méfier des statistiques. Ainsi à la polyclinique de Lamat on relève de 1904 à 1910 deux cas de syphilis primaire et secondaire contre 352 cas de manifestations tertiaires. Le rapport paraît un peu considérable.

D'autre part, pour venir fausser ces statistiques, il faut se souvenir que, comme partout dans ces pays exotiques, nombre d'indigènes ne consultent pas pour des manifestations indolores.

A SUMATRA, la syphilis n'existait pas au milieu du XVIII^e siècle. Son apparition semble remonter au milieu du XIX^e. REY la trouve très fréquente en 1880, HEINEMANN dit que les coolies chinois importés sont particulièrement touchés et font des manifestations nerveuses plus fréquemment que les Javanais.

KOHL BRUGGE, en 1900, ne trouve pas de syphilis à l'intérieur de l'île dans le pays des Battas.

A JAVA, il en va de même. L'île appartient aux Hollandais depuis le XVII^e siècle, mais l'Islam avait pénétré depuis 1510. Batavia, la capitale, compte 162.000 habitants dont 15.000 Européens et 30.000 Chinois et est très touchée par la syphilis qui, bénigne pour les Européens, est grave pour les Indigènes.

La garnison de troupes indigènes a compté jusqu'au tiers de son effectif de syphilitiques.

De 1861 à 1865, les équipages européens étaient syphilités dans la proportion de 41,3 %.

Les villes fréquentées par les Européens sont-elles aussi fortement infectées.

A PRÉANGER (province de Java ouest), MULDER étiquette syphilitique le tiers de la population. HERMANS en voit de nombreux cas en 1927

La maladie a les mêmes caractères qu'en Europe ; on trouve de nombreux accidents chez les soldats indigènes, mais peu de contagion chez les femmes de ces soldats.

HERMANS n'a trouvé que deux cas d'hérédo-syphilis, d'autres auteurs aucun.

Dans les campagnes, la syphilis fit son apparition vers 1900, mais seulement dans les villages où habitaient et restaient les Européens. Pour KOHLBRUGGE elle était cependant encore peu répandue (0,50 % des habitants). C'est chez les coolies chinois qu'on en trouve le plus. SMITS, en 1914, estime qu'elle provoque chez eux 10,4 % de mort-nés : il ne trouve par contre qu'un seul cas d'hérédo-syphilitique vivant porteur de stigmates.

La syphilis nerveuse se voit beaucoup plus chez les Européens que chez les indigènes. A l'hospice de BUITENZORG, de 1908 à 21, on a enfermé 488 Européens aliénés dont 41 avec P. G. soit 8 %.

Dans le même temps au même endroit on recevait 916 indigènes dont 3 P. G. seulement, soit 0,3 %. Pour KAYSER, 1 seul cas de tabès fut trouvé. HERMANS a trouvé deux cas de tabès chez des Javanais civilisés.

A BORNÉO, REY, en 1880, dit que la syphilis, rare autrefois, est devenue banale. Et KOHLBRUGGE estime

qu'elle fait de gros dégâts en particulier dans le Dajak.

Aux MOLUQUES, la syphilis ne paraît pas avoir encore pénétré. On trouve par contre beaucoup de framboesia. HERMANS, vers 1926, n'avait trouvé en 10 mois à Amboina qu'un seul chancre, encore venait-il de l'extérieur.

Iles Philippines.

Archipel situé dans la mer de Chine avait, avant d'appartenir aux Etats-Unis, été possession espagnole jusqu'en 1898. L'île principale est Luçon et la capitale Manille.

Dans cette ville la syphilis est fréquente (REY). SEHEUBE, en 1902, n'en avait pas vu à l'intérieur de Luçon pourtant habitée par 4.750.000 âmes pour la plupart Chinois, Malais et Métis, avec peu d'Européens.

CHAPITRE III

L'OCÉANIE

Nous avons un peu arbitrairement séparé les Îles Néerlandaises du reste de l'Océanie, mais leur colonisation assez ancienne et l'importance de leurs relations commerciales les font différer des groupes d'îles que nous allons examiner. En effet un grand nombre de possessions n'ont été mises en valeur que depuis peu, et certaines assez écartées des grandes routes de navigation ont été jusque-là tenues relativement à l'abri du contact d'Européens.

Ceux-ci, là où ils se sont installés, ont bien entendu introduit la syphilis, mais ce sont surtout les travailleurs chinois, dont nous avons signalé l'infection massive, qui ont contribué à la diffusion de la maladie. Le mal a fait de nombreux ravages et s'est ajouté à l'alcoolisme et la tuberculose pour décimer les populations et faire de ces races robustes et saines des peuplades tarées et dégradées.

Nous distinguerons quatre groupes d'îles ou archipels : la Micronésie, la Mélanésie, la Polynésie et l'Australie. Deux races différentes les peuplent : les

Mélanésien à peau noire, cheveux crépus et les Polynésien à peau claire à cheveux lisses ; les Micronésien se rapprochent de ces derniers. Aux Mélanésien on rattache les Papous. Ces Mélanésien se sont relativement peu mêlés aux Européen conservant leurs coutumes féroces, leur religion. Les Polynésien, au contraire, ont adopté la civilisation des colonisateurs et ont changé mœurs et religion : ce sont eux qui ont eu le plus à souffrir de ce contact.

1^o Micronésie

Comprend surtout les îles Mariannes et Marshall.

Aux **Îles Mariannes**, ARAGO faisant le récit d'un voyage fait en 1820, dit qu'il y a très peu de syphilis alors qu'on en trouve beaucoup aux Sandwich. « Le mal a été fort connu sous le nom de mal français, mais aujourd'hui on n'en garde qu'un faible souvenir et on n'en témoigne qu'une crainte assez légère. »

Aux **Îles Marshall** les Allemands étaient maîtres depuis 1906, elles furent confiées au Japon en 1919.

La syphilis y comptait très peu en 1900 d'après MENSE. BRAUNERT, en 1913, sur 1.722 consultations ne trouvait que 27 syphilis acquises et 5 hérédos.

2^o Mélanésie.

Nouvelle-Guinée, hollandaise en 1828. Anglaise en 1884. Allemande en 1885 est actuellement anglo-néerlandaise.

MENSE rapporte que SHELLONG, en deux ans et

de mi d'exercice dans la terre de l'Empereur Guillaume. n'a pas vu de syphilis qui est inconnue dans l'histoire de l'île.

En 1902 il en est de même. SCHEUBE la cite comme faisant partie des quelques terres non encore contaminées.

HERMANT, en 1928, est du même avis.

Ile Salomon, entièrement aux Anglais depuis 1919. HERMANT y considère l'infection comme presque inexistante.

Nouvelles Hébrides, comprennent un groupe de 37 îles. A la France depuis 1885, sa mise en valeur se poursuit encore.

HERMANT n'a pas trouvé trace de syphilis et jette un cri d'alarme pour qu'on prenne des mesures pour faire durer cet état de choses.

Nouvelle - Calédonie, île découverte par Cook en 1774, peuplée de canaques, appartient à la France depuis 1853 ; Nouméa servit de lieu de déportation de 1863 à 1897.

Rare en 1880, REY trouve cependant la vérole dans quelques villes.

Pour JULLIEN, en 1904, elle est banale, mais HERMANT dit, en 1928, qu'elle était rare jusqu'à ces dernières années ; elle commença à apparaître lorsqu'on fit appel à la main-d'œuvre étrangère, en particulier javanaise. Des précautions sont prises, on arrête les porteurs de gonocoques au Lazaret puis à l'Hôpital, mais pour la syphilis... Il la considère comme rare chez l'indigène.

Pour LE DENTU, en 1929, elle est relativement rare, il y a 62 hospitalisés vénériens, mais la plupart pour gonococcie, on la voit surtout dans l'élément asiatique.

Iles Fidjis, colonisées en 1874 par les Anglais. REY, en 1880, estime la maladie rare, car la thoka n'est pas de la syphilis. HERMANT, 58 ans plus tard, est du même avis.

3^o Polynésie.

Les ILES SANDWICH ou HAWAÏ sont à mi-chemin entre les États-Unis d'Amérique et l'Asie, appartiennent aux États-Unis. Très fortement colonisées, célèbres dans le monde entier pour les nombreux récits ou reportages, sont devenues des buts de voyage.

Aussi dès le siècle dernier la syphilis y est banale et grave.

Tonga appartient à l'Angleterre.

La syphilis y a été portée par COOK ; et REY et MENSE la trouvent très fréquente.

MANTEUFEL prétend le contraire en 1928.

Samoa. REY (1880) et MENSE (1900), la considèrent aussi comme très infectée.

L'Archipel des Gambier appartient à la France depuis 1881 ; il serait fortement syphilitisé d'après JULLIEN (1904).

Iles Marquises. L'île principale est NOUKA-HIVA. C'est une vieille colonie française qui a reçu des déportés vers 1855. Sa découverte remonte à 1595 et son annexion date de 1842.

JULLIEN, en 1904, y considère la syphilis comme banale et déjà, en 1855, DELARUE constatait que toute femme voisine des établissements européens était syphilitique.

Wallis et Futuma. Ces îles appartiennent à la France depuis 1886. Un résident y demeure depuis 1886 et le service médical fonctionne depuis 1906.

Au début ces îles étaient assez isolées, car elles n'étaient desservies que tous les trois mois par un voilier, mais depuis 1906 il existe un service par vapeur toutes les six semaines.

VIALA, en 1909, les considérait déjà comme contaminées. BARBIER, en 1929, publie un rapport : il a vu 280 cas soit 5 % de la population. Il n'a pas vu de chancres, ni P. G., ni tabes ; par contre il rencontre assez souvent des kératodermies, des exostoses, des gommès et différentes manifestations secondaires ou tertiaires.

Tahiti ou Iles de la Société.

Dans ces îles, en fréquents rapports avec les Européens, la syphilis a trouvé facilement un terrain favorable en raison de l'extrême licence des mœurs et de l'insouciance des indigènes.

PRAT, en 1854, avait constaté 27 syphilitiques sur 33 malades hospitalisés à Papeete.

CHASSANIOU et GUYOT en 1878, JULLIEN en 1904 constatent que la situation reste mauvaise. Cependant les petites îles et atolls fort peu visités tels que TAHAA, RAIA TEA et plus au sud RAPA étaient à ce

moment-là encore épargnés. J. CARO, dans les archives de l'Institut prophylactique parues à la fin du 4^e trimestre 1934 décrit la lutte faite à Papeete depuis 1925, date de création d'un dispensaire.

Ce dispensaire en 1932-33 a vu 400 malades. La syphilis est florissante à Tahiti, presque exclusivement cutanée. 1 autre dispensaire fonctionne à Taravao à 30 kilomètres de Papeete, 1 autre à Raïatea (Îles-sous-le-Vent).

ROUSSEAU, en 1927, constatait une certaine régression de la maladie, marquée surtout par une diminution des avortements et des accouchements prématurés.

HERMANT pourtant en 1928 constatait 140 hospitalisations contre 88 en 1927 et se montrait pessimiste quant à l'efficacité de la lutte chez ces indigènes insouciant.

Nouvelle-Zélande représente le point le plus méridional de l'Océanie. Fut occupée par les Anglais en 1840, qui en firent un Dominion en 1907.

L'introduction de la syphilis par les Européens remonte d'après Rey, à 1815. En 1880, il estimait que sur 1.000 soldats 23 étaient vénériens.

MENSE déclare que les premiers cas ont été amenés par les pêcheurs de baleines et, en 1889, il juge que la syphilis est aussi répandue qu'en Europe.

4^o Australie.

Cette île immense a été possession anglaise à partir de 1798, mais c'est la découverte de mines d'or en

1851 qui provoqua une mise en valeur intensive du pays et une immigration considérable.

Les indigènes ont considérablement diminué et se trouvent refoulés dans quelques régions de l'intérieur du pays. Toutes les côtes et régions occupées par les Européens ont la même proportion de syphilis que les divers pays d'Europe. REY, en 1880, ne citait cependant que des rares cas dans les Hôpitaux de Sydney.

MENSE dit que les peuplades noires de l'intérieur encore au stade préhistorique et strictement isolées ignorent la syphilis. Ceci remonte à 1900.

TROISIÈME PARTIE

RÉSUMÉ DU PÉRIL

Nous voyons, à la suite de cette revue des diverses colonies européennes, que la syphilis a pénétré à peu près partout dans le globe, car si nous avions étudié le continent américain nous aurions trouvé des chiffres semblables à ceux des différents pays européens.

Certes, certaines régions : Mauritanie, Maroc, Algérie, Tunisie, Egypte, Indochine, Arabie, Mésopotamie par exemple n'ont pas attendu l'arrivée d'Européens pour connaître les méfaits de cette maladie ; mais il faut bien reconnaître que, pour la majorité des autres, nous sommes responsables de la forte proportion de sujets atteints qu'on trouve dans ces pays qui ignoraient ce fléau avant d'être colonisés. Le Sénégal, la Haute-Volta, la Guinée, la Côte d'Ivoire, le Soudan, le Cameroun, le Gabon, le Congo, Madagascar, la Côte de l'Or, l'Abyssinie, la Nouvelle-Calédonie, les îles Hawaï, Marquises, Samoa-Wallis, l'Australie, la Nouvelle-Zélande, etc... nous

offrent des exemples typiques de contagion par les colons.

Partout la maladie est apparue sur les côtes, s'est implantée dans les premiers centres colonisateurs, puis a gagné plus ou moins rapidement l'intérieur suivant le degré d'hospitalité des indigènes vis-à-vis de l'étranger.

Nous avons vu que les meilleurs agents de diffusion étaient les soldats nécessaires à la conquête ou à la protection des travailleurs, et la main-d'œuvre employée aux grands travaux et le rôle des travailleurs chinois aux Indes Néerlandaises et dans les archipels d'Océanie est caractéristique.

La syphilis a trouvé dans ces pays de nombreuses raisons de devenir florissante. En effet, la grande liberté des mœurs dans des pays où la polygamie est une chose normale, où le climat favorise l'oisiveté et partant le développement de l'appétit sexuel, où aucune retenue religieuse ne vient mettre un frein à cette liberté, a permis la contamination massive de certains clans.

D'autre part, la lutte y est rendue très difficile. L'indigène se soucie fort peu de la maladie lorsqu'elle est indolore et comment lui faire admettre certaines précautions ou la nécessité de faire un traitement suivi, alors que dans nos pays bon nombre de sujets ne sont pas plus compréhensifs. Nous avons vu aussi que certaines contrées, bien rares, sont encore indemnes ou fort peu touchées. Elles doivent cet état de chose ou bien à des difficultés de communications

ou bien au peu d'intérêt qu'elles présentent au point de vue colonial, ce qui les a maintenues à l'écart ; ou bien parce que leurs habitants, comme dans certains archipels de l'Océanie, forment des peuplades peu civilisables, ne montrant que peu d'empressement à fraterniser avec les Européens et à leur emprunter leurs costumes, leurs mœurs et leurs maladies. On trouve ces peuples privilégiés aux Comores, dans le centre du Congo et du Soudan, dans les régions montagneuses de l'ancien Sud-Ouest Africain allemand chez les Moïs et montagnards du Laos, en Perse, au pays des Battas à Sumatra, dans les campagnes de Java, aux Moluques et dans ce groupe d'îles océaniques qui comprend les îles Mariannes, Marshall, la Nouvelle-Guinée, Salomon, les îles Fidjis et les Nouvelles-Hébrides.

Ce résumé nous rappelant quelles sont les causes de dissémination, les difficultés qui s'opposent à une lutte efficace et l'importance du danger nous conduit à étudier les moyens de défense déjà utilisés ou qu'il serait nécessaire d'établir pour limiter ou empêcher l'étendue du fléau.

QUATRIÈME PARTIE

MOYENS DE LUTTE

Dans nos pays continentaux, le problème de la défense antivénérienne se pose toujours de manière aiguë et il faut bien dire que de gros efforts ont été entrepris ; il est certain qu'une propagande intensive par affiches, tracts, conférences, qu'une multiplication de dispensaires gratuits ont permis à un grand nombre de malades de profiter des ressources médicales. Mais notre vigilance doit être aussi grande dans nos colonies, elle devrait même l'être plus car nous avons à faire à des peuples dont les mœurs, la civilisation diffèrent des nôtres et par conséquent sont moins accessibles à notre persuasion. Sans arriver à faire disparaître la maladie, nous devons être satisfaits si nous limitons son extension et si nous voyons des malades de plus en plus nombreux se rendre aux consultations. Notre devoir ne se borne d'ailleurs pas là : nous devons essayer d'empêcher l'infection des pays, trop rares hélas, qui ne sont pas encore marqués ou tout au moins qui le sont peu.

Donc la lutte sera différente suivant qu'on

s'adresse à des pays infectés ou à des régions indemnes. Comment protéger ces dernières ?

Le moyen idéal et nettement le plus efficace consisterait à exercer un contrôle rigoureux sur chaque individu débarquant dans une de ces colonies.

Nous avons vu que les grands agents de propagation sont les soldats ou marins et les travailleurs. Evidemment pour les soldats et marins de l'État la chose est relativement aisée et l'examen de chaque membre d'un détachement permettrait de n'envoyer dans un pays neuf que des hommes indemnes qui seraient encore surveillés pendant le premier mois de leur séjour.

Pour les marins de commerce, qui en venant relâcher sur les côtes pourraient provoquer un début d'infection, tous les pays pourraient adopter les mesures prises par certains États. Le Bulletin de l'Office international d'hygiène publique de mai 1932 nous montre que l'Allemagne s'est inquiétée du danger que représentaient ces marins : des notices doivent être remplies aussi bien à bord des navires possédant un médecin qu'à bord de ceux qui n'en ont pas ; la déclaration de la maladie est obligatoire ; le malade est tenu de se faire soigner soit à bord si c'est possible, soit aux escales ; de fortes pénalités sont prévues en cas de manquement à ces prescriptions.

Pour les travailleurs, un contrôle sévère devrait exister à l'entrée avec au besoin mise en quarantaine. Des visites fréquentes devraient avoir lieu.

Enfin, bien entendu, il devrait y avoir déclaration obligatoire de tout cas de syphilis.

Evidemment, ces différentes mesures sont difficiles à appliquer pour de nombreuses raisons et bien souvent on ne se montre pas très exigeant pour le recrutement des travailleurs disposés à se rendre dans des régions parfois inhospitalières.

Pour les pays déjà fortement syphilités, la lutte doit être organisée comme dans nos régions.

Les grands principes restent les mêmes :

— Création de dispensaires nombreux.

— Propagande intensive.

— Ne laisser aucune région sans secours sanitaire.

— Réglementation de la prostitution.

Mais on a à lutter non seulement contre l'ignorance mais aussi contre l'insouciance des indigènes, qui n'attachent aucune importance à des lésions non douloureuses, ni mutilantes.

En Italie, par exemple, un Décret Royal du 20 mars 1933 a été promulgué portant dispositions pour l'organisation sanitaire dans les Colonies. Au chapitre des maladies vénériennes un certain nombre d'articles prévoient :

— La déclaration obligatoire des cas de syphilis constatés dans toutes les collectivités civiles ou militaires ainsi que chez les prostituées.

— L'ouverture de dispensaires et polycliniques anti-vénériens gratuits.

— La possibilité aux autorités d'interdire l'usage d'un local comme maison de prostitution.

— La surveillance de celle-ci.

— L'hospitalisation des femmes en cas d'infection.

Au Maroc, la lutte a été entreprise particulièrement énergiquement surtout depuis 1916 où les deux premiers dispensaires spécialisés ont été créés par le Dr LEREDDE à Casablanca et le Dr LACAPÈRE à Fès.

Le Bulletin du Congrès des Fédérations des Sociétés des Sciences médicales de l'Afrique du Nord, tenu à TUNIS en mars 1934, décrit ce qu'a été la lutte et ses résultats depuis 15 années.

Cette lutte repose sur un faisceau d'organisations :

— Création de dispensaires et de polycliniques dans les grands centres, alors que dans le bled le traitement est assuré par toutes les formations d'assistance indigène.

La surveillance et le traitement des marins de commerce sont organisés conformément à l'arrangement international de Bruxelles.

La lutte contre la prostitution constitue un des gros soucis des services sanitaires. Des quartiers réservés ont été créés sous la surveillance du Service d'hygiène, mais les résultats sont très aléatoires : le contrôle est unilatéral et on ne peut surveiller la salubrité de la clientèle et surtout la prostitution clandestine n'a pas tardé à submerger la prostitution contrôlée.

Quels ont été les résultats ?

Au point de vue évolution de la syphilis, la syphilis indigène s'est rapprochée de celle de l'Européen.

Cependant notons une diminution sensible de la

mortinatalité. « La syphilis, dit LACAPÈRE, tuait plus du dixième des enfants qui naissent au Maroc. » L'hérédo-syphilis conserve sensiblement les mêmes chiffres. Ce qui nous retiendra plus longtemps, ce sont les résultats de la lutte au point de vue social.

Le nombre des indigènes atteints en 1916 allait de 70 à 75 %. Actuellement, les chiffres sont assez variables suivant la région ou l'importance des agglomérations.

Dans le Maroc oriental les chiffres sont les mêmes.

A Berkane, on ne compte que 60 %.

A Fès, les résultats sont contradictoires : certains donnent 48 %, d'autres sont toujours à 80 % ; ceci tient à la différence d'origine de la clientèle citadine ou rurale, ayant subi l'influence du dispensaire ou non.

A Ouezzan, de 80 % l'index a été ramené à 30-40 %.

Retenons que dans certains centres la syphilis est en voie de régression.

La plupart des enquêteurs constatent qu'il y a beaucoup plus de chancres vus : on peut donc blanchir plus d'individus et partant tarir un plus grand nombre de sources d'infection.

On voit aussi de plus en plus la femme se faire traiter. Il est certain que l'action antisiphilitique des médecins français au Maroc est intervenue pour l'accroissement du prestige de la Métropole.

Mais dans cette action on se heurte encore à certains écueils.

1^o Arrivée trop tardive des malades dans les

centres de traitement, alors que les lésions contagieuses ont déjà apparu ;

2^o Défaut d'assiduité ou cessation trop précoce du traitement ;

3^o Persistance de foyers épidémiques dans les milieux indigènes et chez les prostituées.

Quelle serait la solution idéale ?

— Déclaration obligatoire, absolument indispensable dans certains cas d'épidémies familiales et que certains pays ont adopté.

— Perfectionnement des centres de traitement pour que celui-ci ne soit pas une gêne pour le malade.

— La propagande bien comprise pour apprendre au malade à venir au dispensaire dès l'apparition de lésion suspecte.

— Prophylaxie sociale : les congressistes sont d'accord pour reconnaître que la création d'un service social est indispensable pour collaborer avec les centres de traitement.

— En même temps il faut dépister les foyers de contagion. Foyers familiaux indigènes pour lesquels seule la déclaration obligatoire aurait quelque intérêt.

Prostitution : nous avons vu combien toutes les mesures ont des résultats problématiques et la lutte contre la prostitution clandestine et ses trafiquants a malheureusement tourné au désavantage des forces légales.

Nous trouvons aussi dans l'enquête de M. JEANSELME sur la syphilis indochinoise le même son de cloche.

Les moyens de lutte à envisager sont : la multiplication des dispensaires, une propagande active, une collaboration des différents services, la surveillance rigoureuse de la prostitution.

Nous avons vu aussi les résultats de la lutte entreprise à Madagascar et en Océanie. La multiplication des dispensaires et polycliniques spécialisés, la propagande, le dévouement et la psychologie des médecins ont tout de même obtenu des résultats certains. Si ces efforts n'ont pas fait disparaître l'endémie, ils ont tout d'abord permis de se faire une idée à peu près exacte de l'étendue du danger, puis de traiter et améliorer les malades qui se présentaient, ce qui au fond est la meilleure propagande.

CONCLUSION

Quelles conclusions tirer de cette revue rapide de la syphilis dans les pays de nouvelle civilisation ?

La syphilis a actuellement pénétré chez presque tous les peuples de la Terre. Les seules régions indemnes sont :

En Afrique : quelques régions de la montagne ou de la brousse, difficiles à explorer ou ne présentant pas une grosse valeur économique.

En Asie : certaines peuplades du Laos, Moïs par exemple.

En Océanie : la Nouvelle-Guinée. Certains groupes d'îles tels que les îles Fidjis, Salomon, Nouvelles-Hébrides et certaines îles de la Société.

La responsabilité des nations colonisatrices dans cette contamination est indéniable : la France, le Portugal, l'Angleterre ont depuis longtemps diffusé la syphilis dans leurs colonies d'Afrique.

En Océanie, ce sont surtout les travailleurs chinois et malais qui ont rempli ce rôle.

Dans tous ces pays, il est du devoir et de l'intérêt des nations colonisatrices d'organiser sérieusement la lutte, car la syphilis avec l'aide de l'alcoolisme et de

la tuberculose, non seulement amoindrit, mais encore tend à faire disparaître certaines peuplades, qui représentent une main-d'œuvre mieux adaptée que les Européens au climat et aux conditions de vie.

Enfin, il est certains peuples où l'infection vient seulement d'apparaître : nous la voyons s'étendre actuellement en Guinée, en Haute-Volta, au Gabon, en Nouvelle-Calédonie, etc. Il est donc urgent, dans ces pays, de prendre des mesures préventives énergiques pour protéger des races déjà touchées par des endémies meurtrières.

Vu : Le Doyen,
ROUSSY.

Vu : Le Président de Thèse,
GOUGEROT.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- ALLAIN et AUGAGNEUR. — Organisation de la lutte antivénérienne à Madagascar. *Annales de médecine et pharmacie coloniales*, XX, 1922.
- BARBIER. — (Iles Wallis). *Annales de médecine et pharmacie coloniales*, XXVII, 1929, p. 444.
- BARBIER. — (Madagascar). *Archives de l'Institut prophylactique*, VI, n° 4, 4^e trimestre 1934, p. 415.
- BOUFFARD. — (Côte d'Ivoire). *Annales de médecine et pharmacie coloniales*, XXVIII, 1930, p. 551.
- BRAUNERT. — (Marshall). *Archiv. für Schiffes und Tropen Hygiene*, XVII, 1913, p. 11.
- CARO. — (Océanie française). *Archives de l'Institut prophylactique*, VI, n° 4, 4^e trimestre, 1934, p. 411.
- CASALIS DE PURY. — (Bassorenland). *Paris Médical*, VIII, 15 janvier 1918.
- GAUTIER. — (Dahomey). *Annales de médecine et pharmacie coloniales*, XX, 1922, p. 347.
- GRÖN. — Les endémies syphilitiques. *Handb. f. Haut. u. Geschlechtskr. de Jadassohn*, XVII, 3, p. 285.
- HEINEMANN. — (Sumatra). *Archiv. für Schiffes und Tropen Hygiene*, XXIX, 1925, p. 316.
- HERMANN. — (Indes néerlandaises). — *Archiv. für Schiffes und Tropen Hygiene*, XXXI, 1927, p. 2.
- HERNANT. — *Annales de médecine et pharmacie coloniales*, XXIX, 1931, p. 5.
- JEANSELME. — Extrait du compte rendu de la Section de médecine et d'hygiène coloniales. Congrès de Paris, 29 mai-4 juin 1904.

- JULLIEN. — *Journal des maladies cutanées et syphilitiques*, XVI, juin 1904, p. 401.
- KOHLBRUGGE. — *Archiv. für Schiffs und Tropen Hygiene*, IV, 1900, p. 219.
- KÖNINGSTEIN et WERTHEIN. — *Handb. f. Haut. u. Gueschlechtskr. de Jadassohn*, XV, 2, p. 208.
- LEDENTU. — *Annales de médecine et pharmacie coloniales*, XXI, 1923, p. 133.
- XXIX, 1931, p. 661.
- MENSE. — *Archiv für Schiffs und Tropen Hygien*, IV, 1900, p. 86.
- NAGELSBACH. — *Archiv für Schiffs und Tropen Hygiene*, XXX, 1926, p. 121.
- REY. — *Annales de Dermatologie et Syphiligraphie*, II^e s., I, 1880, p. 662.
- ROUSSEAU. — *Annales de médecine et pharmacie coloniales*, XXVII, 1929, p. 145.
- SCHEUBE. — *Die venerischen krankheiten in den warmen Ländern Barth.*, Leipzig, 1902.
- TOURAINE. — *Bulletin de la Société française de Dermatologie et Syphiligraphie*, n^o 7, juillet 1933.
- Cancer et syphilis en Afrique. *Maroc Médical*, n^o 148, 15 octobre 1934.
- Cancer et syphilis en pays de nouvelle colonisation. *Bulletin de la Société française de Dermatologie et Syphiligraphie*, n^o 4, avril 1933.
- TRAUTMANN. — *Archives de l'Institut prophylactique*, III, n^o 4, novembre 1931, p. 511.
- VIALA. — *Annales de médecine et pharmacie coloniales*, XII, 1909, p. 189 et 422.

Saint-Amand (Cher). — Imprimerie R. BUSSIÈRE. — 2-6-1936.
